

# スピリチュアルケアの諸相(1)

——窪寺理論をめぐって——

打 本 弘 祐

キーワード：スピリチュアルケア，スピリチュアリティ，  
スピリチュアルペイン，窪寺理論，宗教的ケア

目次

序文

第一章 窪寺俊之氏のスピリチュアルケア理論

小結

## 序文

今日の日本医療界，特にホスピス・緩和ケア領域でもっとも注目されているのが「スピリチュアルケアとは何か」という命題であることは論を待たない。しかも，この命題は徐々にではあるがホスピス・緩和ケア領域から医療界全体に共有されつつあり，さらに医療界以外の他の諸分野（例えば宗教学や哲学，社会福祉等）へと少しずつ領域を拡大して始めていると言える。例えば，宗教学領域においては，日本宗教学会の定期刊行物である『宗教研究』（第八四巻第二輯 2010年9月）において，スピリチュアリティというテーマのもと，スピリチュアルケアも含めた特集が組まれている。また，社会福祉領域では『老年社会学』（第三二巻第四号，2010年1月）がスピリチュア

ルケアの特集を組んで刊行されている。加えて、2010年度「日本スピリチュアルケア学会」のテーマは「スピリチュアリティと教育」であり、教育分野においてもスピリチュアリティ/スピリチュアルケアの議論が展開され始めていることが分かる。

従来、日本においてはホスピス・緩和ケア領域という比較的限定された領域内においてスピリチュアルケアが論じられてきたのだが、1998年から1999年にかけての WHO（世界保健機構）の健康定義改正論議<sup>1)</sup>を機に、ホスピス・緩和ケア領域という枠組みから一気に解き放たれた感がある。今後、更に多くの分野においてスピリチュアリティ/スピリチュアルケアに関する論考が数多く発表され、スピリチュアリティ/スピリチュアルケアへの関心はますます高まっていくことと筆者は推測している。

そのような日本のスピリチュアリティ/スピリチュアルケア研究の状況を想定しながら、筆者がこの論考で取り上げるのは、「スピリチュアルケアの諸相」である。これは上記の如くスピリチュアルケアの論考がホスピス・緩和ケア領域はもちろんのこと、他の諸分野においても数多く発表されている中、表題に「諸相」と掲げ、ある程度の枠組みを設定して、日本におけるスピリチュアルケアについての俯瞰図作成を目指すものである。

本論考では窪寺俊之氏のスピリチュアルケア理論（以下、窪寺理論と略す）を取り上げる。今後は日本において総合的にスピリチュアルケア理論を展開しているウェルデマール・キッペス氏（キリスト教：カトリック）、村田久行氏（哲学者）、大下大圓氏（仏教者：真言宗）を考察対象とする。なお、この四氏を取り上げるには四つの理由がある。

---

1) 健康定義の改正の背景には世界的な伝統医学回帰の流れがあった。改正原案は、中近東およびアフリカ大陸地中海沿岸地域の国々によって構成される WHO 東地中海地域事務局によって作成された。この地域はほとんどがイスラム国であり、伝統医学である「ユナニ医学」が現在でも実践されている地域である。このことが健康定義の改正案に影響を与えたと指摘されている。（棚次 [2007] p59）なお、WHO の健康定義改正の動きについては、厚生省国際課にて1999年まで WHO の健康定義改正に関わった津田重城氏の論考を参照した。（津田 [2000]）

- ① 四氏はキリスト教（カトリック/プロテスタント）、哲学（無宗教）、仏教（真言宗）というようにそれぞれが異なった背景を有しているという点。
- ② 四氏ともスピリチュアルケアを臨床現場で実践してきた経験を持っているという点
- ③ 自らのスピリチュアルケア理論を書籍等で体系化して論じているという点。
- ④ ③を基礎として、スピリチュアルケア提供者<sup>2)</sup>育成プログラムを持っており、それが定期的に開催されているという点。

以上の四点である。以下、窪寺理論について考察を進めていくこととする。

## 第一章 窪寺俊之氏のスピリチュアルケア理論

窪寺氏は淀川キリスト病院チャプレンとして、長年に渡り死の恐怖に直面し苦悩している終末期患者のベッドサイドに寄り添い、スピリチュアルケアを行ってきた。そして豊富なチャプレンとしての経験を活かし、日本で初めてスピリチュアルケアという用語を冠した著作を発表した、スピリチュアルケア界における第一人者である。窪寺氏のスピリチュアルペインおよびスピリチュアルケア理解は、チャプレンとして多くの臨床経験に基づいて構築された理論となっており、終末期医療に携わる医療者従事者は勿論、宗教者や

---

2) 本邦においてスピリチュアルケアを用いて患者のケアにあたる存在に対しての共通した呼称は今のところ定まっていない。キリスト教を背景とした病院ではチャプレンが一般的であるが、キリスト教を背景としない病院においてもチャプレンと呼ばれていることもある。また、仏教を背景とした病院ではビハール僧と呼ばれることがあるが、ビハール僧にも常勤者に対してビハール専門僧と呼ぶこともある。さらに一般病院においてはスピリチュアルケアワーカー、臨床スピリチュアルケアカウンセラー、チャプレンカウンセラー、スピリチュアルケアギヴァー、スピリチュアルケアプロヴァイダーなどの呼び名がある。筆者はそれらをスピリチュアルケア提供者として括って論を進めていく。ただし、文脈上において著者の意図を正確に表現する場合や、引用文においてチャプレン等の呼称を著者が用いている場合には原著者の表現するところの呼称のまま引用することとする。

ボランティア等、スピリチュアルケアに関心のある多くの人々が参考になっている。以下、順を追って窪寺理論の考察を進める。

### 第一節 窪寺理論におけるペイン理解とスピリチュアリティの覚醒

スピリチュアルケアを行うために最も大切なことは、スピリチュアルペインに対する認識を深めることである。後述することになるが、窪寺理論ではスピリチュアリティへの理解も非常に重要な意味を持っているのだが、ここではまず窪寺氏のスピリチュアルペイン理解を中心に考察を行っていきたい。

窪寺氏によれば、スピリチュアルペインは次のように説明されている。

スピリチュアルペインとは、人生を支えていた生きる意味や目的が、死や病の接近によって脅かされて経験する、全存在的苦痛である。特に、死の接近によって「わたし」意識がもっとも意識され、感情的、哲学的、宗教的問題が顕著になる<sup>3)</sup>。

ここで窪寺氏は、スピリチュアルペインの発生する原因が、「死や病の接近」によって、それまでその人の人生を支えていた生きる意味や目的が脅かされることにありと明確に述べている。また、「死や病の接近」と述べているように、それまで人生を支えていた生きる意味や目的が脅かされるのは、かならずしも終末期だけではないことが分かる。死以外の要因によってもスピリチュアルペインは生じるものであり、病気に罹患することもスピリチュアルペイン発生の要因になるであろう。他には例えば、怪我や事故による傷害や後遺症、後天的な障害、身体的な老化等によっても人生を支えてきた生きる意味や目的が脅かされる事態、すなわちスピリチュアルペインは生じう

---

3) 窪寺 [2004] p43

ると考えられる。また自分の身に起こること以外によっても人生の生きる意味や目的が見失われることがあるだろう。例えば、連れ添った伴侶や愛する子ども、親しい友との死別によっても我々の心は大きく揺り動かされ、スピリチュアルペインが生じると考えられる。

このように窪寺氏の定義の前半からは様々な場面でスピリチュアルペインの発生が考えられるのであり、同時にスピリチュアルケアを行う場面も広く想定されてくる。

しかし、窪寺氏の定義の後半部分に注目して見ると、「特に、死の接近によって『わたし』意識がもっとも意識され、感情的、哲学的、宗教的問題が顕著になる」と述べられている。明日も朝日を浴びて起床し、普通に生を営んでいるだろうと考える私たちの生活は、生を前提にした日常生活であり、それほど日常的に死を意識して生きているとは言い難い。そのような「わたし」が、余命告知などによって「死の接近」を具体的に他者から知らされることによって、「わたし」という個人はいやがおうにも差し迫ってくる死の足音を意識させられる。そして、それまでの生を前提とした生活の中で、長きにわたり培われてきた自分自身が持つ生きる意味や目的が、「死の接近」という危機を前にして大きく揺さぶられる。そこから生じる苦痛がすなわちスピリチュアルペインであると捉えることが出来る。この「死の接近」という契機によって、感情的、哲学的、宗教的問題が起こってくると窪寺氏は述べている。それらは感情的問題（心理的苦痛…不安、恐怖、孤独感、虚無感、寂寥感、遺棄感。）、哲学的問題（哲学的懷疑…「なぜ私が?」「どうして私だけが苦しむのか?」「どうやって生きていけばいいのか?」「私の生命はどこにいくのか?」）、宗教的問題（宗教的救済…「神様、助けて」「もし元気になったら、良い人間になります（という取引）」「こんなに苦しむのは、バチが当たったのか?」）等のように具体的な内容を伴っている<sup>4)</sup>。

---

4) 窪寺 [2005] p392

「死の接近」によって患者の心には感情的・情緒的・心理的な揺れが起こり、その揺れは表情、言葉、行動、雰囲気などに現われてくる。そしてそのような表層に現われてくる感情的・情緒的・心理的な揺れの背後には「なぜ私が?」「どうして私だけが苦しむのか?」「どうやって生きていけばいいのか?」等の言葉のように、哲学的・宗教的な問いが患者の心中に潜んでいるのである。それらの関係性を述べるならば、哲学的・宗教的な問いが心底にあって、それらの表層への表れとして心理的・情緒的・心理的な揺れが起こってくると筆者は考えている。そのような哲学的・宗教的問い（後述するが、このような問いが患者の心に生起する事態を窪寺氏はスピリチュアリティの覚醒と呼ぶ）に対しては、画一的な答えはおそらく存在しないだろう。哲学的・宗教的な問いに対しては、他の誰かから答えを提示されて納得できるような問いではなく、「なぜ私が?」「どうして私だけが苦しむのか?」と発するその患者自身が、その問いの答えを新しく見つけていくような問いであり、患者自身が自ら答えを見つける為の旅の始まりを告げる問いなのである。

では、具体的にスピリチュアルペインはどのような形で現れるのだろうか。先に患者の表情、言葉、行動、雰囲気などに現われてくると述べたが、窪寺氏は特に患者の発する言葉に注目している。患者が漏らす言葉の中にはスピリチュアルペインを感じさせるものが多く、患者が吐露する言葉を拾いあげおおむねの六つに分類している<sup>5)</sup>。それらは①「生きる意味・目的・価値の喪失」、②「苦難の意味」、③「死後の世界」、④「反省・悔い・後悔・自責の念・罪責感」、⑤「超越者への怒り」、⑥「赦し」である。また、窪寺[2008]では、窪寺[2005]と重なる形で、スピリチュアルペインを五つに分類している。それは、①「人生の意味（生きる目的）」、②「苦難の意味」、③「罪責感・後悔・悔い・反省」、④「バチ・祟り・前世因縁・呪い」、⑤「死後のいのち・天国・極楽浄土」である<sup>6)</sup>。（特に「バチ・祟り・前世因縁・

5) 窪寺[2004] p75参照。同頁には患者の言葉が詳細に分類され、それらに対する「解釈」「解消方法」「注意点」が一覧表になっており、非常に有益である。

呪い」は日本人独特の心象を意識したものと考えられ、今後日本人特有のスピリチュアルペインとして、特に高齢者のスピリチュアルケアの場面において重要視されてくるのではないかと筆者は考えている。

このように窪寺氏は様々なスピリチュアルペインを想定し、それらの分類を試みている訳だが、窪寺氏は更にスピリチュアルペインとの差異を明確化するために心理的ペインと宗教的ペインについても定義をしている。窪寺氏は心理的ペインについて次のように定義している。

心理的ペインは、特に心の苦痛の中でも、人と人との関係の中で経験される苦痛として分類できる<sup>7)</sup>。

この心理的ペインは、具体的に言えば「他の人が元気に働いているのに、自分は死を待っているのはなぜなのか（孤独感）」「もっと家族と仲良くしておけばよかった（家族関係）」「父を苦しめたのは私のせいなんです（家族への罪責感）」といった人間関係の中から生じる心の痛みである。このような心理的ペインに対しては、チャプレンや心理療法家による心理学的アプローチや<sup>8)</sup>、場合によっては医師の診断によって向精神薬等の投与による解決が図られることになる。

次に宗教的ペインは、特に宗教者や信者、信徒といった自らが特定の宗教をすでに信仰している人たちに生じやすく、かつ非常に大きな危機となるこ

---

6) 窪寺 [2008] p62～64

7) 窪寺 [2004] p45

8) なお、窪寺氏自身は心理的・精神的ケアについて「心理的ケアの目的は一般にカウンセリングの理論に立った、個人の社会適応（人間関係のトラブル、環境への適応）である」「死に直面した人が抱える心理的・情緒的問題を人間関係の問題として解決法を求めるのが心理療法やカウンセリングの方法である」と述べており、主に個人と社会の関係や人間関係のトラブルといった、人と人との水平関係において起こる心理的・情緒的な問題を整理するケアとして捉えている。（窪寺 [2008] p60）

とがあるという。窪寺氏によれば宗教的ペインは次のように定義されている。

宗教的ペインは（患者が）多少とも、日常生活の中で特定の宗教をもち、その宗教の教えを学び、宗教礼典に参加している。それが病や死によって断絶したり、継続不能になることで起きる苦痛である<sup>9)</sup>。（括弧内の文言は引用者の補足である）

この宗教的ペインは、例えば「毎日の礼拝に出席できない」「神へと一緒に祈ってくれる人が側にいない」「入院していて先祖の法事が出来ない」等の言葉で語られる、普段日常的に行ってきた宗教的慣習や信仰生活の継続が不可能になったために起きる苦痛であるとされる。このような宗教的ペインには患者の信仰する宗教の宗教者からの援助、すなわち宗教的ケアが欠かせないものとなる。（なお、宗教的ケアについては第二節で考察する）

このように窪寺理論では、スピリチュアルペインと心理的ペイン・宗教的ペインについて大きく分類して論じているところに一つの特徴が窺える。

しかし、窪寺氏自身が「スピリチュアルな問題、精神的（心理的）問題、宗教的問題は、互いに明確に切り離すことができないほどに密接な関係がある<sup>10)</sup>」と論じているように、個別的具体的なケースにおいて、三つのペインの間に明瞭な線引きが必ずしもなされる訳ではなく、三つのペインの領域がそれぞれどこかで交わりあい、重なりあっていると考えられている。

そのような窪寺氏の交わりあい重なりあう三つのペイン理解に対して、筆者のビハラー僧としての臨床経験に基づいて補足しておきたい。筆者の考えではこれら三つのペインは、一人の患者が自身の心情をスピリチュアルケア提供者との間で対話し、言語化していくプロセスの中において、様々な様相で、時には変わるがわる顔を覗かせるように表出してくるものでもあると捉

---

9) 窪寺 [2004] p45

10) 窪寺 [2008] p58参照。



えている。スピリチュアルケア提供者は、患者との対話の中で為される言語化の流れの中で、例えば「この言葉は心理的ペインの表出だ」といったように枠にはめるような固定的な受け取り方はなるべく避けておく必要があると考える。「死の接近」によって患者の心情は常に揺れ動いているのであって、必ずしもどれかのペインだけに固定されている訳ではない<sup>11)</sup>。スピリチュアルケア提供者の側が心理的/宗教的/スピリチュアルなペインをそれぞれの認識の枠組みの中だけに収めるのは、ケアにあたる際に問題点を絞り込むということを容易にするだろう。しかし、患者との対話の中で患者がその都度心情を言語化していくプロセスは常に変化するものであり流動的である。いかなるペインであるのかを絞り込んでケアにあたることはある程度必要だと考えるが、心理的/宗教的/スピリチュアルなペインという枠組みにとらわれ過ぎることで、相手の感情をその枠内にはめすぎてしまうことには注意を払う必要があるだろう。「今はこのペインの表出なのだろう」と、心理的/宗教的/スピリチュアルな痛みをの枠組みを緩やかに持ちつつ相手の言葉を受け取り、それぞれのペインに対して緩やかに統合された適切なケアのあり方を模索することがスピリチュアルケア提供者としてのあり方として適切ではないかと筆者は考える。

さて、ここまで窪寺氏のスピリチュアルペインを考察し、若干筆者の見解を述べたのであるが、次にスピリチュアルペインとスピリチュアリティとの関係について考察する必要があると考える。なぜならば窪寺理論において上述してきたスピリチュアルペインとスピリチュアリティの二つが非常に密接に関連しており、その関連性が窪寺理論の一つの特色ともなっているからである。窪寺氏によればスピリチュアリティとは次のように定義されている。

---

11) 窪寺氏はこれら三つのペインを複合的に持っている患者を想定したケアを述べている箇所があるので、引用しておくこととする。「複合的ペインをもつ場合、まず患者のスピリチュアルな痛み、叫び、うめき、嘆きに心を傾けて患者自身を受け入れることがよい。一つひとつのペインのケアよりも、全存在を受け止め、支えることがスピリチュアルケアとなる。」(窪寺 [2008] p124)

スピリチュアリティとは、人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である<sup>12)</sup>。

上記のスピリチュアルペインに寄せて考えるならば、「死の接近」という人生最大の危機<sup>13)</sup>に直面した患者には、スピリチュアルペインが生じ、それまでに持っていた「存在の枠組み」であるとか「自己同一性」が失われる。(この「存在の枠組み」というのは、「人生の土台・根拠」であり、「自己同一性」とは、「自己理解、本当の自分、わたしの中のわたし、内的自己」などと呼ばれてきたものであると窪寺氏は述べている<sup>14)</sup>。)

しかし、その「死の接近」に反応して患者の内面にあるスピリチュアリティ<sup>15)</sup>が覚醒し、「自分の外の超越的なもの」やあるいは「自分の内面の究極的なもの」を求めるようになるのである。このようなスピリチュアリティの覚醒によってもたらされる患者の内面的変化は、窪寺 [2008] において指向性という概念で捉え直されている。スピリチュアリティの覚醒によって、患

12) 窪寺 [2004] p8 参照。

13) 窪寺氏は様々な危機のあることを説明した後、「これらの危機の中で、死は生命の危機である。死は生命の消滅の危機である。そして、「危機の中で最大の危機である。『わたし』自身が自分の死に直面することである。第一人称の死こそ、もっとも『わたし』を意識させるときであり、決断を迫られるときであり、自分の弱さや強さを赤裸々に現すときである。その意味でもっとも厳粛なときであるといえる」と述べている。(窪寺 [2004] p12)

14) 窪寺 [2004] p9 参照。

15) このようなスピリチュアリティは決して特別な資質ではなく、むしろ「人間が普遍的に与えられているもの」であり、「生得的機能」かつ「誕生とともに成長し形成される」ものであるとされる。また、窪寺 [2008] ではスピリチュアリティには諸相があるとされ、「生きる意味」「生きるための枠組み」「生きる土台」「感情・意識」「セルフアイデンティティ (自己同一性)」「ペイン (苦痛)」「側面」「機能」「プロセス」などがあり、スピリチュアリティが持つ意味の多様性が述べられている。本稿においては窪寺理論におけるスピリチュアリティの多様性を理解しつつも、窪寺氏によって「スピリチュアリティの本質」と表現される二つの指向性に焦点を当てた。(窪寺 [2004] p11, 窪寺 [2008] p32~41参照)

者が向かう方向性は二つあると窪寺氏は述べている。

まず、第一指向性として神仏などの「超越的他者<sup>16)</sup>」に心を委ね、まかせることによって安定を図るという方向と、次に「究極的自己」という第二指向性に従い、自己の内面に新たなる自己ともいうべき拠り処を模索する方向とがある<sup>17)</sup>。「死の接近」が契機となって、患者の心の中にスピリチュアルペインが生じ、スピリチュアリティが覚醒する訳であるが、スピリチュアリティの覚醒はスピリチュアルペインを緩和する方向へとたらいいていく。すなわち、患者自身が持つ魂の生得的機能であるスピリチュアリティの覚醒によって、窪寺氏が表現しているところの、「自分の外の超越的なもの」と「自分の内面の究極的なもの」という二つの指向性に対して関心が向けられるのである。

まず、第一指向性とされる「自分の外の超越的なもの」とは、「外的他者」「超越的他者」「超越の世界」とも表現され、具体的には次のように説明される。

人間の有限性や限界を超えた能力を持つ存在。たとえば、神仏、宇宙の命、生命の根源など。あるいは抽象的なものが人格の様相をもち始めて力を持つこともある。たとえば、自然の法則、真理、永遠の心など<sup>18)</sup>。

窪寺氏自身はキリスト教の信仰の上に立っている訳であるが、引用部分の

16) 窪寺氏の論考では「超越的他者」と表現されることが多いが、人格的なイメージで捉えがちだが、天国や浄土と言った「超越の世界」も想定しておく必要がある。また、「超越の世界」と言うときすぐに天国や浄土等の安樂の世界をイメージするが、地獄等のどうにもならないある種魔的な「超越の世界」も考える必要があると筆者は考えている。

17) この窪寺〔2008〕の理解はそれまでの窪寺氏の考え方とほぼ重なる所だが、この二つの指向性が「スピリチュアリティの本質」と表現されていることに着目した。(窪寺〔2008〕p40)

18) 窪寺〔2004〕p14

自分の外の超越的なものに対して、神、イエス、聖霊と言ったキリスト教概念における「超越的他者」に限定して捉えていないことがまず理解できる。窪寺理論において「自分の外の超越的なもの」と言う場合、キリスト教における神、イエス、聖霊や、仏教における阿弥陀仏、大日如来、地藏菩薩といった仏・菩薩等といった宗教的色彩の強い「超越的他者」から、亡き祖父母やご先祖様などと言った割と身近な「超越的他者」も含まれている。また、それら人格の様相として具体的に把握される「超越的他者」から、自然の法則や宇宙的真理、思想・哲学芸術といった非人格的抽象的なものまでを含むものとして把握されている<sup>19)</sup>。このように「超越的他者」に多様性を持たせている点は特徴的であり、特に亡き祖父母や先祖といった存在に対しても「超越的他者」として含んでいる点は、いのちのつながりとしての先祖崇拝を感覚的に持っている日本人に適応した捉え方であると言えよう。

筆者の言葉を持って表現するならば、「死の接近」によって生じるスピリチュアリティの覚醒にもとづく第一指向性では、患者自身が失ったそれまでの生きる枠組みを再構築するようにはたらし、自己の外に存在する「超越的他者」とのつながりを求めさせ、「超越的他者」とのつながりによって新たな枠組みを得て、生きる意味や目的を見出していくことを促すものであると言えよう。

次に第二指向性としての「究極的自己」は、「内的自己」「より本当の自分」「究極の世界」とも表現され、窪寺氏はそれを次のように説明している。

より深い自己との出会い。たとえば、自己の執着心、自尊心、劣等感に気づき、その本質にある自己（「わたし」）のあり方を見つけ出し、さら

19) 窪寺 [2008] p24~25。窪寺 [2004] の段階においては、「超越的他者」と「究極的自己」という二つだけが示されていたのであるが、谷山洋三氏による批判を受けて、「超越的他者」についての多様化を図ったより日本的なスピリチュアリティ理解に発展している。

に新たな自己の可能性に気付くこと<sup>20)</sup>。

この第二の指向性は、患者が「死の接近」によって自身の生きる意味や目的を見失ったとき、自分自身の中にあるスピリチュアリティの覚醒によって、自身の内面を深く内省する方向に向かう。患者は自分自身の中にある覚醒したスピリチュアリティに動かされつつ、自身の心を深く内省していくことで、新たな自分、本当の自分というような「究極的自己」に辿り着いていくのである。「究極的自己」を探索していくその過程においては、それまでの日常生活の中で培われてきた仮面的な自己は徐々に剥ぎとられていく。仮面を剥ぐという自己否定的なプロセスは、より真の自己である「究極的自己」へと向かって動かされていく為に必要なプロセスであり、その過程において「死の危機」によって崩された自分の人生の意味や見失われた目的が、患者自身の中にある「究極的自己」に至り着くことで再構築されていくのである。

ここまで窪寺理論におけるスピリチュアルペインとスピリチュアリティの関係をみてきたのであるが、ここで一度簡潔にまとめ、窪寺理論に対して筆者からの指摘を一つしておきたいと思う。

窪寺理論によれば、「死の接近」という人生の危機的状況下で、スピリチュアルペインが生じ、自分の生きる意味や目的が見失われたとしても、人間のうちにある普遍的生得的に具わっているスピリチュアリティが覚醒することによって、スピリチュアリティが二つの指向性を持つとされていた。そのスピリチュアリティの覚醒にもとづく第一指向性に依っていくならば、「死の危機」によって揺り動かされた患者は、自身の外に存在する「超越的他者」とのつながりによってそれまでの自分の人生の意味や目的を回復させることが可能となる。また、第二指向性によってスピリチュアリティの覚醒にもとづく第二指向性によって、患者は自身の内面を深く自己洞察してより本当の

---

20) 窪寺 [2004] p14

自分としての「究極的自己」を求めるようになる。自身による「究極的自己」の探求の道程は、あたかもそれまでの自分の仮面を剥いでいくような自己否定的なプロセスを経て、「死の危機」によって揺り動かされた自分を内面から回復させ、自己自身の生きる意味や目的を見つけ出していくことになる。

窪寺理論においては「死の危機」に対してスピリチュアリティの覚醒にもとづき二つの指向性が生まれる訳だが、筆者が一つ指摘しておきたいのは、患者自身の中でこの二つの指向性が同時に起こる場合もあるということである。窪寺理論においては、第一指向性と第二指向性が同時に起こることは想定されていない。（もしくは想定されていても表現されていないだけなのかも知れない。）筆者は上述してきた窪寺理論におけるスピリチュアリティの覚醒によって起こる二つの指向性に対して非常に高い親和性を持っている。ただし、筆者が持つ信仰的背景としての浄土真宗の立場から言うならば、「超越的他者」と「究極的自己」への二つの指向性は同時に起こりうるのである。これは筆者の持つ宗教的な観点からの指摘である。浄土真宗における「超越的他者」たる阿弥陀仏は、罪惡深重である我々凡夫の全てを救済するという誓願（第十八願）を建立している。浄土真宗の教義体系が持つ救済構造は、その誓願を中心に展開される。すなわち、〈阿弥陀仏の救済のはたらきとは、転迷開悟出来ずに輪廻転生し続ける我々を、無始よりこのかた、常に絶えず我々を救わんと阿弥陀仏が願い、先行してはたらきかけられていたのだ〉と信知する時と同時に、〈我々凡夫が罪惡深重であり、煩惱を捨て去ることが出来ずに迷いの人生を歩んでいた我が身こそが真の自己の姿（「究極的自己」）だ〉と信知することが同時であるという「二種深信」である。

筆者が持つ宗教的な立場からの視点ではあるが、このように「超越的他者」たる阿弥陀仏とのつながりと、「究極的自己」としての凡夫の自覚が同時に起こるという「二種深信」の構造から、窪寺氏の述べるスピリチュアリティの本質としての二つの指向性が、同時に起こる可能性を示唆することが出来るのである。

## 第二節 窪寺理論における宗教的ケアとスピリチュアルケア

これまでは「死の接近」を前にした患者のスピリチュアルペインとスピリチュアリティとの関係を考察してきた。「死の接近」によって患者にスピリチュアルペインが生じ、スピリチュアリティの覚醒によって「超越的他者」との関係構築への方向と、「究極的自己」への探求の方向という二方向に向かい、新たに生きる意味や目的を回復することが明らかにされていた。それは患者自身が一人で行うセルフケアとしてなされることもあるが、患者自身は「なぜ私が死なねばならないのか？」という葛藤や苦悩を持ち、それらをしっかりと受け止めてくれる相手を求める。そのとめどもない感情を受け止めてくれる相手（中心的存在としてはスピリチュアルケア提供者）から患者に対して行われるのがスピリチュアルケアである<sup>21)</sup>。

ただし、スピリチュアルケアは比較的新しいケアのあり方であり、未だ成熟していない為に、時に宗教的ケアと混同されて使われることがある。また、宗教的ケアをしていれば、スピリチュアルケアは必要がないという声も聞く。それは、宗教者がスピリチュアルケアを担っていることが多いということも影響していると思われる。窪寺氏はスピリチュアルケアと宗教的ケアが混同されている事情について「スピリチュアルケアが宗教的色彩を帯びていることは否めない」と述べ、宗教的なケアとスピリチュアルケアとの分齊に気を配っている<sup>22)</sup>。ここではまず宗教的ケアについて考察し、次に窪寺氏のスピリチュアルケア理解を探ってみたい。

第一節に述べた窪寺氏のペイン理解において、宗教的ペインは特に宗教者や信者、信徒といった自らが特定の宗教・宗派に対して信仰を持っている場

21) スピリチュアルケア提供者としては医師であったり、看護師、音楽療法士などのコメディカルスタッフ、チャプレン、ボランティア等が想定される。また、スピリチュアルケアを受ける人は、患者だけに留まらない。患者の家族や、医師や看護師などの医療チームスタッフに対してもスピリチュアルケアが必要とされている。(窪寺 [2004] p68)

22) 例えば大下大圓氏は、窪寺氏や藤腹氏に対して宗教的ケアとスピリチュアルケアとの関係性は切り離せないものであると批判している。(大下 [2005] p47)

合に生じやすく、なおかつ非常に大きな危機となることがあると指摘されていた。特定の宗教・宗派への信仰心を持つ患者は「なぜ私が?」「どうして私だけが苦しむのか?」「どうやって生きていけばいいのか?」という問いへの答えを宗教に求めることがある。具体的には特定の神仏に祈願祈祷したり、同じく特定の宗教や宗派の教義内容を深く希求し、信仰を強めようとする場合が考えられる。そのような特定の宗教や宗派への信仰を持つ者にとって必要なのは、特定の宗教宗派の信仰を背景に持ったケア提供者や、患者と同じ宗教宗派に属する宗教者による宗教的ケアである。加えて、それまでは特定の宗教宗派への信仰を持っていなかった患者が、病気の悪化や進行に伴って「死の危機」を意識した時、自分の存在の意味や来世への関心を持って宗教者や宗教的背景を持ったスピリチュアルケア提供者からの宗教的ケアを求めることもあるだろう。窪寺氏はこういった宗教的ペインに対する宗教的ケアについて、スピリチュアルケアとは異なるケアのあり方であるとして、次のように述べている。

宗教的ケアの特徴は、患者の持つこころの問題や疑問に対して、宗教者が信仰的立場から援助するケアである点である。宗教には各宗派・教派の教義、礼典、団体の規則などがある。またその教義の教える人間論、救済論、死後論、人生論、神仏論などの具体的な教えがある。宗教的ケアとは「なぜ、自分が苦しまなくてはならないか」と問いつつ、納得する解答を求める患者に対し、宗教者が特定の宗教が持つ回答を伝え、信仰へと導くことである。患者は特定の宗教の持つ教義、教理を信じて受け入れる必要がある。宗教的ケアは宗教者によって為される。宗教者自身の信仰や信仰生活の中からの宗教体験がケアの重要な要因である<sup>23)</sup>。

---

23) 窪寺 [2008] p60~61



窪寺氏によれば宗教的ケアとは、宗教者が行う援助であり、具体的には宗教宗派の教義を説くことであり、神への祈りを共にすることであり、朝夕の礼拝をすること等、様々な宗教的ケアが考えられていることが理解できる。

また、筆者が考えるに、宗教的ケアとは患者に対して宗教者や宗教的背景を持つスピリチュアルケア提供者の側から一方通行のケアとして行われるのではなく、あくまでも患者自身が自発的に自らの持つ苦悩に対する意味を宗教の中に答えを求めようと発心した時に、初めて実施されるケアであらねばならない。なぜならば患者自身が求めているのに宗教的ケアを行うことは、特定の宗教宗派への信仰のない患者にとっては信仰を強要されていると感じさせてしまうだろうし、特定の宗教宗派への信仰を持つ患者にとっては、宗教的ケアが逆に宗教的ペインになってしまう可能性がある。そのような事態になると、宗教的ケアがかえって患者の苦悩を増加させてしまうことにもなりかねない。このあたりに窪寺氏が宗教的ケアとスピリチュアルケアとを使い分けて考えている根拠があるのではないかと考える。

再論するが、宗教的ケアはあくまでも患者の求めに応じて、宗教者や宗教的背景を持ったスピリチュアルケア提供者によってなされるものである。宗教的ケアの場合、ケア提供者自身が信仰している宗教宗派の教義や儀礼、人間観、死生観などを患者に伝え、信仰に導くことであり、神仏等の超越的他者のはたらきによる救済の道を示すことが主眼である。

窪寺氏は述べていないが、患者がなんらかの宗教宗派に帰属していることが分かっている、患者が日々行ってきた宗教的行為が施設内の環境などによって妨げられているのであれば、その障害を可能な限り取り除き、患者が日々行ってきた宗教的行為が遂行されるように配慮・調整することも非常に大切な宗教的ケアのあり方であると筆者は考えている。

加えて、「患者は特定の宗教の持つ教義、教理を信じて受け入れる必要がある」と窪寺氏は述べているのだが、筆者はその点について批判の余地があると考え。特に、以前から患者が特定の宗教宗派の信仰を持っている場合

は、ケア提供者が持つ宗教宗派の教義を受け入れる必要はない。むしろ危機的状況に陥った時、以前の信仰理解がより深化する可能性を視野に入れる必要がある。そして、筆者はたとえ宗教者や宗教的背景を持つケア提供者と患者が、それぞれ異なる宗教を信仰しているとしても宗教的ケアは成立すると考えている。その理由は、ケア提供者が自身と異なる信仰を持つ患者からの宗教宗派の教義理解の語りを聴いていく中で、語る側の患者自身が自らの宗教もとづく死生観や宗教的世界観を明確化する働きをなし、結果として患者自身が自らの信仰を見つめ直す契機を作ることになり、それもまた宗教的ケアとなると考えるからである。患者自らが信仰する宗教宗派の教義を改めて言語化し、（たとえ異なる信仰をもっていたとしても）信仰そのものの重要性をよりよく理解している宗教者や宗教的背景を持ったスピリチュアルケア提供者がその言葉を受け止め応答していくことは、患者が新しく生きる意味や目的などを見いだす宗教間対話となろう。一見患者の信仰とケア提供者との信仰の違いが対立関係になるように見えるが、そのような時間をケア提供者と患者が共にすることは、互いの宗教的色彩が異なることで患者自身の信ずる宗教宗派による救済の道がより明瞭になっていくことにつながるのである。

ただし、このような宗教的ケアは宗教者や宗教的背景を持ったケア提供者にとっては、実際に非常に難しい面があることを補足しておかねばならない。ケア提供者自身が信仰を持っているということは、自身の信仰する宗教こそ是とする心情がある場合があるということと、そもそもケア提供者が信仰している宗教宗派の教義体系自体が他の宗教宗派を排他的に捉えている場合が少なくないからである。宗教的ケアを行うケア提供者はそのような点を十分留意した上で、患者が持つ宗教宗派への信仰を最大限尊重するような宗教多元主義的姿勢を保持することを前提に宗教的ケアが行われるべきであり、患者理解を促進させる為に、患者の宗教宗派の教義や礼典等の知識を十分に持つておく必要がある。

さて、ここまで宗教的ケアについて大分私見を交えながら論じてきたが、次に窪寺理論におけるスピリチュアルケアについて考察していく。窪寺氏によればスピリチュアルケアとは次のように定義されている。

スピリチュアルケアとは、肉体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛の緩和と並んで、患者の QOL を高めるには不可欠なケアで、特に死の危機に直面して人生の意味、苦難の意味、死後の問題などが問われ始めたとき、その解決を人間を超えた超越者や、内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようにするケアである。日常生活では、知性・理性など合理性が重視される傾向があるが、スピリチュアルケアは、日常生活では忘れられて過ごしていた目に見えない世界や情緒的・信仰的領域の中に、人間を超えた新たな意味を見つけて、新しい「存在の枠組み」「自己同一性」に気付くことである<sup>24)</sup>。

窪寺氏はこのように定義しているのだが、この定義には補足が必要であると筆者は考える。その理由は、窪寺氏が上記のスピリチュアルケアの定義において、スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関係性について全く触れていない点にある。つまり前節で考察した患者が「死の危機」にさらされた際に「超越的他者」や「究極的自己」へと向かう人間の持つ生得的な機能としてのスピリチュアリティが、スピリチュアルケアの定義と全く持って無関係になってしまっているのである。そのような窪寺理論に対して、筆者による補足が許されるのであれば、筆者としては、『死の危機』に直面し、人生の意味や目的等が見失われた時、人間が生得的に持つスピリチュアリティが覚醒し、そのスピリチュアリティの本質としての二つの指向性として『超越的他者』や『究極的自己』へと向かい、解決法をその二つとの関係から患

---

24) 窪寺 [2008] p58

者自身が見つげ出すことを援助するケアがスピリチュアルケアである」としておきたい。具体的には、「死の危機」に直面した患者が、「超越的他者」として不特定の神仏や宇宙的真理、大いなるものとのつながりを持つことによって存在の枠組みとしての答えを見つける場合もあるであろうし、自らの内面に向かうならば「究極的自己」として本当の自分を知り、それが答えとなることもあるだろう。スピリチュアルケアを提供する者は、患者が患者自身のスピリチュアリティの働きによって、それらの問いへの答えを求めて歩いていこうとする姿に寄り添う旅の同伴者のような働きが求められると筆者は考える。

窪寺氏のスピリチュアルケアの定義に対して私見を述べたが、再び窪寺理論に戻ろう。窪寺氏はスピリチュアルケアの型について、大きく二つのケアの型があると述べている<sup>25)</sup>。その一つは「問題解決型ケア」であり、もう一つは「寄り添い型ケア」である<sup>26)</sup>。

「問題解決型ケア」とは、患者の抱えるスピリチュアルペインが明確で、スピリチュアルケアによってその問題が解決可能な場合に適用されるケアのあり方である。この「問題解決型ケア」は問題がはっきりしているが故に対策もある程度めどがつくので、スピリチュアルケア提供者にとっても比較的対処しやすいものであろう。

もう一つの「寄り添い型ケア」は、「なぜ人は死ぬのか」「なぜこんな病気になったのか」といったような言葉で語られる患者の持つスピリチュアルペインの場合になされる。このようなスピリチュアルペインに対しては有効で明確な問題解決方法がない。しかも患者のいのちの火が燃え尽きるまで、懊悩し続けなければならないという可能性を含んだスピリチュアルペインであ

25) なお、スピリチュアルケアの特徴として、①「宗教との共通点となる超越性・究極性」、②「心理的ケアとの共通点になる癒し」、③「人間らしさ、自分らしさの回復」の三つをあげている。(窪寺 [2008] p61～62)

26) 窪寺 [2008] p118

る。このようなスピリチュアルペインを持っている患者に対してスピリチュアルケア提供者が出来るのは、「患者の心に寄り添い、一緒に揺れ動くこと」であり、それが「寄り添い型ケア」である。この「寄り添い型ケア」は、患者に対して明確な答えを提示するわけではないが、患者にとっては「共に揺れ」てくれるということで支えられていると感じ、孤独感から解き放たれるのである。

このように大きく「問題解決型ケア」と「寄り添い型ケア」の二つのスピリチュアルケアを根幹に持つ窪寺理論であるが、さらに具体的なケースによってスピリチュアルケアの手法・技法が必要であり、様々なスピリチュアルペインに対して一つの手法だけでは適切な対応が出来ないと指摘している。そこで窪寺 [2004] ではスピリチュアルケアの具体的な方法を七つ提示しており<sup>27)</sup>、また窪寺 [2008] では四つの方法を具体的なスピリチュアルケアとして論じている<sup>28)</sup>。まず、七つの提示には以下のような方法が挙げられている。①傾聴・共感・受容、②ナラティブ・ベースド・メディスン (Narrative-Based-Medicine : NBM)、③自己認識に注目する出会いの効果、④出会いの効果によるケア、⑤自然・文化・芸術によるケア、⑥宗教によるケア、⑦夢の解釈によるケア、である。次に窪寺 [2008] では、①ドラマ解釈法、②垂直関係洞察法、③トピック法、④祈り・瞑想法の四つが示されている。この窪寺 [2008] における四つの方法は、①から③までが窪寺 [2004] における①の傾聴・共感・受容の発展型として捉えることが出来ると筆者は考える。よって、現時点の窪寺理論においては、窪寺 [2004] における七つの手法と、窪寺 [2008] の④を加えた八つの手法がスピリチュアルケアの中に含まれていると理解できる。

このように具体的なスピリチュアルケアの手法を多岐にわたって論じるこ

27) スピリチュアルケアは人間を介してのみなされるという訳ではない。自然・文化・芸術がスピリチュアルケアにつながることもある。(窪寺 [2004] p82~85)

28) 窪寺 [2008] p118~121

とが出来るのは、窪寺氏自身の長きチャプレンの経験に基づくところが非常に大きいと考える。窪寺氏のチャプレンとしての臨床経験から紡ぎ出された八つもの方法は、多くのパターンのスピリチュアルペインに対応できるものであるし、また、このように多彩なスピリチュアルケアの手法を持っているという点は、他の理論には見られない窪寺理論の大きな特長である。

その中でも窪寺理論の中心となるのは窪寺 [2004] の①「傾聴・共感・受容」であると述べているので、以下は窪寺 [2004] の①「傾聴・共感・受容」を中心に考察することとする。

スピリチュアルペインは、患者自身の生き方や人生そのもの等、患者の主観的な事柄に関わっている為、心の奥底に隠れている場合が多い。そのような患者の心底に存在するスピリチュアルペインに対し、重要となってくるのが、「傾聴・共感・受容」である<sup>29)</sup>。

まずスピリチュアルケアをするためには、スピリチュアルケア提供者が患者の言葉を「傾聴」することによって、患者自身が抱えているスピリチュアルペインの言語化を促進させることから始まる。そこで「傾聴」について窪寺氏は「傾聴とは、相手の言葉、気持ち、感情、願望に全面的に集中することである<sup>30)</sup>」と述べ、次のように語る。

患者のスピリチュアルペインを知り、そのニーズを満たすための最善の方法は、患者のそばに座ってゆっくりと話を聴くことです。心の通い合う信頼関係はゆっくり話を聴くことから生まれます。信頼関係が生まれてくると、患者は心を開き、スピリチュアルな問題を語ってくれます<sup>31)</sup>。

---

29) なお、スピリチュアルケアに限らないが、死の危機に直面している患者との関わり方は、日本死の臨床研究会・教育研修委員会編『死の臨床とコミュニケーション』（人間と歴史社）が参考になる。

30) 窪寺 [2004] p79

31) 窪寺 [2000] p108

この「傾聴」では、時間をもって患者の側で共にいる時間を持ち、ゆっくり話を聴くことが重要である。「傾聴」は、日常会話のように話を聞くこととは全く異なる次元において話をありのままに聴くことであり、患者の発する言葉や感情、願望など言語的に表出されたものから、時には言葉では語られなくとも、患者の表情やその場の雰囲気など非言語的に表出されるメッセージに対しても集中して聴くことである。この「傾聴」をしていく中で、スピリチュアルケア提供者は患者の気持ちや感情に寄り添い、患者から発せられたメッセージを自分自身のことと同じように受け止め、患者と自身との間に生じる感情を共有していくことが「共感」とされる。相手の痛みや苦しみを自分の痛みや苦しみとして認識してくような聴き方で受け入れていくことが、「受容」である<sup>32)</sup>。

このように「傾聴」「共感」「受容」によって「死の接近」という危機的状況下にある患者の抱える様々なスピリチュアルペインを聴いていくのが、窪寺理論の中心を成している。それは単に身体的痛みの情報を知る手段に留まっていないことは明らかである。これらをまとめ窪寺氏は、「死の危機」に直面している患者の元へいき、「傾聴」「共感」「受容」し、心を分かち合うと

32) 窪寺 [2004] p79～p80 ただし、このように患者の痛みや苦しみに耳を傾ける前に、自分自身がそれまでの人生において味わってきた痛みや苦しみに対してしっかりと向き合い、自己の内面にある深い傷や重い苦しみを知り、適切なケアがなされていることが非常に重要であると筆者は捉えている。それらを怠っていた場合、患者の言葉を知らぬうちにブロックしてしまうからである。自己の内面にある深い傷や重い痛みへのケアは、スピリチュアルケア提供者養成訓練の中でグループメンバーに受け止めてもらうことでケアされる場合もあるし、スーパーヴァイザーからの指摘が思わぬ気付きに繋がることもある。また、自分自身がそれまでの人生を深く見つめていく内省の過程が自分自身のケアにつながることもあり、心理療法や教育分析を受けることで自分だけでは見えてこなかった傷が癒されることもある。それらのプロセスを幾度も繰り返していく中で、自分自身が意識せずに持っていた傷に、その都度適切なケアを受けていくことによって、スピリチュアルケア提供者自身は成長していくものと筆者は考えている。なお、このようなプロセスは窪寺 [2004] 第十四章「チャプレンの教育プログラム」及び、筆者自身が受けたスピリチュアルケア研修プログラムや心理療法家とのやりとりからの気付きにもとづいている。

いう行為は、「一緒に時間を共有することであり、かつ苦痛と一緒に負うこと」であると述べている<sup>33)</sup>。

しかし、このような「苦痛と一緒に負う」という行為は訓練を受けたスピリチュアルケア提供者にとっても簡単なことではない。相手の話を「傾聴・共感・受容」していくという行為は、簡単なことのように思えるが、実際には危機的状況下にある患者のスピリチュアルな苦しみを共に味わうことであり、時に患者と共に大きく感情を揺さぶられることを伴う非常に負担の大きいケアであることを理解しておかなければならない。時にはスピリチュアルケア提供者自身が聴きたくない話を聴くこともあり、内容によってはスピリチュアルケア提供者の方が心に傷を受ける場合もある非常に難度の高いケアだといえる<sup>34)</sup>。

### 第三節 窪寺理論とスピリチュアルケア専門職の養成について

前節で確認したところだが、非常に難度の高いスピリチュアルケアを担うのは、どのような存在であるかを検討してみたい。窪寺氏によればスピリチュアルケアの担い手は、医師・看護師などの医療従事者だけではなく、チャプレン、ボランティア、友人、時には患者の家族もスピリチュアルケアを提供する存在となりうると非常に幅広く捉えている。

しかし、中心的な役割を果たすのはチャプレンであると述べ、チャプレンが病院に存在する意義を指摘している。それには制度的理由と内実的理由の二つがあるという<sup>35)</sup>。

まずは制度的な理由として、チャプレンが病院に常駐する制度を作ることによって常時患者や家族のスピリチュアルペインに対応することが可能とな

---

33) 窪寺 [2004] p80

34) 窪寺 [2000] p71, p93参照

35) 窪寺 [2004] p98



る。また、チャプレンは病院内においてスタッフのスタッフ間での人間関係の改善を図ることができる。加えて病院外との連携として、患者がチャプレンの持つ信仰とは異なった宗教的ケアを求めてきた場合に、病院外の他の宗教者との連携を取ることが可能となる。

次に内実的な理由として、チャプレンにしかできない実質的なケアがある。具体的には上述した高度な傾聴を主な手法とするスピリチュアルケアがそれにあたる。

これらの理由から、病院におけるチャプレンの存在意義が明らかにされている。病院にチャプレンを配置することのメリットは認められるのだが、日本においてチャプレンが常駐し、自らの役割を果たしている病院はほんの僅かな宗教系の病院に限られている<sup>36)</sup>。窪寺氏は日本のスピリチュアルケア充実のための具体的問題を七つ挙げているが、その中でもチャプレンの確保と人材育成が挙げられている。若干触れたようにスピリチュアルケアはチャプレンだけが担うケアではないが、専門的な知識や訓練を受け、スピリチュアルケアの中心的役割を果たすチャプレン（スピリチュアルケア提供者）をいかに教育し養成していくのかという教育機関不足の問題、スピリチュアルケア提供者への報酬の問題等様々な問題の解消が今後日本のスピリチュアルケアにとって重要な課題である<sup>37)</sup>。

窪寺氏はスピリチュアルケア提供者としてのチャプレン養成を関西学院大学大学院において神学生を対象に行ってきた。また、それに加えて2005年4

---

36) チャプレンが常駐している病院には、大阪の淀川キリスト教病院、愛染橋病院、東京の聖路加病院、東京衛生病院、浜松の聖隷三方原病院、京都の日本バプテスト病院、神戸アドベンチスト病院、聖姫路マリア病院などがある。これらはいずれもキリスト教的背景のある病院である。仏教系では長岡西病院（超宗派）と佼成病院（立正佼成会）があり、非宗教立では東札幌病院、千葉県の亀田病院、和泉市の府中病院、神戸市のはやしやまクリニック「希望の家」などがある。また、浄土真宗本願寺派が設立母体となった京都府城陽市のおそかビハークリニックでは非常勤のビハークリニック僧2名が勤務している。

37) 窪寺 [2008] p5～p7 参照。

月に臨床スピリチュアルケア協会（Professional Association for Spiritual Care and Health 以下 PASCH と略す）を、米国スタンフォード大学病院においてスーパーヴァイザー経験を持つ桃山学院大学教授の伊藤高章氏と、長岡西病院ビハーラ病棟において常勤ビハーラ僧としての臨床経験を持つ上智大学グリーンケア研究所准教授の谷山洋三氏らと共に立ち上げ<sup>38)</sup>、スピリチュアルケア提供者養成プログラムをスタートさせている。

この PASCH では、医療分野に限らない日本的スピリチュアルケアを模索し、定例研究会を隔月で開催している。加えて、年二回（三月と八月）、スピリチュアルケア専門職養成プログラム（Program for Spiritual Care Chaplain：以下 PSCC と略す）を実施している。この PSCC は、北米のスピリチュアルケア専門職養成課程である臨床牧会教育協会（Association for Clinical Pastoral Education）のカリキュラムを、日本の臨床及び教育状況に適応させ、専門職大学院教育カリキュラムの形で構成したものであり<sup>39)</sup>、実際の病院研修では米国ヴァージニア州リッチモンド記念病院及び淀川キリスト教病院でチャプレン経験のある窪寺氏と、前出の伊藤高章氏および谷山洋三氏がスーパーヴァイザーを務めている。2006年8月には、PASCH 主催の第一回 PSCC が市立堺病院において開催され、現在までに市立堺病院と和泉市にある生長会府中病院を実習先とした PSCC が合計九回開催されている。（2010年12月の時点）その他に牧師に限定して参加者を募った PSCC が一回と、僧侶を対象とした「ビハーラ僧のためのスピリチュアルケア研修」が二回の合計三回に渡って宗教者に限定した PSCC が開催されている<sup>40)</sup>。

PSCC は通常一週間で行われており、研修内容は大きく病床訪問とグループセッションとに分けることができる。PSCC 最大の特徴は、スピリチュア

38) なお、PASCH には龍谷大学法学部教授の鍋島直樹氏も設立に関わっている。

39) 「臨床スピリチュアルケア協会専門職プログラム」参照。

40) 筆者は長岡西病院ビハーラ病棟で行われた「ビハーラ僧のための臨床スピリチュアルケア研修」（2007年10月）と市立堺病院で開催された PSCC5（2008年3月）に参加した。

ルケア専門職を目指す参加者同士がスーパーヴァイザー二名を加えたグループを形成し、生育歴や会話記録等のグループセッションにおいて、グループのダイナミズムの中で相手をスピリチュアルケアを提供し、また、自らがスピリチュアルケアを参加者から受ける体験を通してスピリチュアルケア専門職を養成するという点にある。参加者の研修課題は、(1) 自分自身を他者との関係性の中に開示する。(2) ピアからのスピリチュアルケアを受ける。(3) 自己開示をする参加者にスピリチュアルケアを提供するという三つがある。(1)にあるように、自己開示することは、それまでの人生の中で起こった問題、癒えていない心の傷やスピリチュアルペインをグループの中にさらけ出す行為である。また、研修中において自分の重大な問題について明らかになる場合がある。それらは窪寺理論の「死の危機」に匹敵するものではないかも知れないが、参加者自身にとっては重大な「人生の危機」であることが少なくない。「人生の危機」に揺れている参加者に対して、他の参加者やスーパーヴァイザーによって適切なスピリチュアルケアが提供され、自己開示した本人がスピリチュアルにケアされることでスピリチュアルケアを本人が体験するのがPSCCのグループセッションである。

また、PSCCでは、援助対象者へのスピリチュアルケアスキルである1) 支持(Support)、2) 明確化(Clarification)、3) 対峙(Confrontation)の三点を参加者相互によるスピリチュアルケア実践を通して学習する<sup>41)</sup>。学習されるケアスキルはかならずしも窪寺理論の手法と同じとは限りらない。特に対峙については、窪寺理論における主たるケア技法の「傾聴・共感・受容」とは若干異なるものと筆者は考える。対峙はケア提供者からの視点によって、時に患者の思いとは異なる言葉を投げかけることで、患者自身が気付い

41) 詳細については窪寺俊之・伊藤高章・谷山洋三編著『スピリチュアルケアを語る―第三集―臨床的教育法の試み』(2010年、関西学院大学出版会)を参照のこと。日本におけるCPEの歴史や、アメリカのCPE修了者らの鼎談、現行PSCCの詳細、研修生、オブザーバー、スーパーヴァイザーそれぞれの立場からのPSCCでの役割や体験報告がされている。

ていなかった自己の有り様を気付かせるような手法であり、窪寺理論における「傾聴・共感・受容」とは色彩が異なるケアであろう。加えてPSCCではあくまでスピリチュアルケアの体験に重点が置かれており、窪寺理論におけるスピリチュアルペインの諸相や、スピリチュアリティ覚醒に伴う二つの指向性等に関する講義、並びに宗教的ケアや「問題解決型ケア」「寄り添い型ケア」などの具体的ケア手法が教授される訳ではなく、窪寺理論とスピリチュアルケアの体験を主眼とするPSCCとの間には若干距離があることを指摘しておきたい。ただし、少しずつPSCCは進化を遂げており、筆者が参加したPSCC5では組まれていなかったのだが、直近の2010年8月に行われたPSCC9では、ランチョンセミナー等で窪寺氏らによるスピリチュアルケア理論等の講義が設けられていた。しかし、それでも他の団体によるスピリチュアルケア研修プログラムと比して講義形式による研修時間が圧倒的に少ない点もPSCCの特徴である。PSCCが体験的にスピリチュアルケアを学ぶプログラムであるが故に講義形式の時間数が少なく設定されていると考えられるが、講義やブックレビュー等の知的作業によって得られる知識も非常に重要であり、知識と体験とが両輪の輪となるスピリチュアルケア提供者養成プログラムが理想的ではないかと筆者は考えている。

さて、PSCC修了者には牧師・仏教僧侶・看護師・音楽療法士・鍼灸師・カウンセラー・医療事務・神学生・大学院生など様々な職種があり、その中から市立堺病院および和泉市立病院を定期的に訪問してスピリチュアルケアを行う臨床スピリチュアルケア・ボランティアが育っている。加えてスピリチュアルケア専門職としても生長会府中病院、石井記念愛染園愛染橋病院、崇徳会長岡西病院等に常勤スピリチュアルケア提供者を輩出している。このようにPASCHは少しずつではあるが、着実に人材を養成している。このPASCHによる人材育成は今後のモデルケースになる可能性を持っている。特に、PSCCが公立病院で開催されていることと、PSCCを修了したスピリチュアルケア提供者が公立病院において活動しているという点は、日本の医

療界にとっても非常に大きな意味を持つものとする。公立病院である市立堺病院において、スピリチュアルケア研修やスピリチュアルケア提供者の活動が行われているのは、日本において前例のないケースであろう<sup>42)</sup>。今まで一部の宗教的背景を持つ病院に限られていたスピリチュアルケア提供者が、今後より多くの病院において配置されていくことが予想される。

## 小結

本論考を結ぶにあたり、窪寺理論におけるスピリチュアルペイン理解、スピリチュアリティの覚醒、そしてスピリチュアルケア理論を整理しておきたい。

まず、窪寺理論におけるスピリチュアルペイン理解であるが、窪寺理論において特徴的なのは、明確にスピリチュアルペインと心理的・宗教的なペインとを分類して捉えている点である。特に窪寺 [2004] から窪寺 [2008] へと展開していく中で、窪寺氏自身がスピリチュアルペインを整理して捉えていた。加えて筆者は心理的/宗教的/スピリチュアルなペインの枠組みに囚われ過ぎることに対して私見を述べた。

次に「死の危機」によって生起するスピリチュアリティの覚醒においては、「超越的他者」と「究極的自己」への二つの指向性があることを確認し、筆者の持つ宗教的な観点（浄土真宗の立場）から二つの指向性が同時に起こることを指摘した。

第二節では、窪寺氏によるスピリチュアルケアの定義がスピリチュアリティの覚醒と繋がっていない事を指摘し、筆者なりの補足を行った。また、窪寺理論によるスピリチュアルケアの二つの型である「問題解決型」と「寄り添い型」について考察し、スピリチュアルケアに様々な方法があることを確認

---

42)『読売新聞』関西版2007年1月17日付記事「スピリチュアルケア―生きる痛みを癒す―」参照。また、市立堺病院は「関西がんチーム医療研究会」の拠点病院にもなっており、この研究会でもPASCHの活動が注目されている。

した。なかでも「傾聴・共感・受容」が中心であること論じ、危機的状況下にある患者の痛みを共に味わうことがケアのあり方であると同時に、スピリチュアルケア提供者にとっても非常に負担の大きいケアであることを示唆した。

第三節では、スピリチュアルケア専門職が病院に必要とされる二つの理由について考察し、更にスピリチュアルケア提供者の育成として、窪寺氏らが中心となって発足した PASCH と、市立堺病院と生長会府中病院を研修場所として開催されている PSCC について考察し、窪寺理論と PSCC との間には若干距離があることを指摘した。また、このような取り組みは日本におけるモデルケースであると捉え、今後日本の一般病院においてもスピリチュアルケア提供者が増えていく可能性があることを指摘した。

以上、窪寺氏によるスピリチュアルケア理論について考察してきた結果、その特徴について大枠を掴むことができたと考える。また、若干ではあるが筆者の観点から指摘を加えることができた。窪寺氏の論考は未だ黎明期にある日本のスピリチュアルケア界の先駆的業績であり、なおかつ我々に非常に大きな示唆を与えてくれるものである。

序文に挙げた他の三氏の理論を考察することで、更に窪寺理論の特徴や共通点・相違点・問題点等が浮かび上がると推察するが、それらについては今後の課題としておきたい。

#### 【参考文献・論文・ホームページ】

大下大圓 [2005] 『癒し癒されるスピリチュアルケアー医療・福祉・教育に活かす仏教の心』, 医学書院

窪寺俊之 [2000] 『スピリチュアルケア入門』, 三輪書店

窪寺俊之 [2004] 『スピリチュアルケア学序説』, 三輪書店

窪寺俊之 [2005] 「スピリチュアルペインの本質とケアの方法」, 『緩和ケア』 Vol.15 No. 5 所収, 青海社

窪寺俊之 [2008] 『スピリチュアルケア学概説』, 三輪書店

津田重城 [2000] 「WHO 憲章における健康の定義改正の試み―「スピリチュアル」の側面について―」『ターミナルケア』10-2, 青海社

棚次正和 [2006] 「人間の事柄としてのスピリチュアルケア」, 『宗教研究』第82巻第2 輯

谷山洋三・伊藤高章・瀬良信勝・大河内大博・森田敬史・申英子・山内かずよ  
[2007] 「臨床スピリチュアルケア・サマリーシートの開発」, 『ホスピスケアと在宅ケア』40号 Vol.15, No 2

臨床スピリチュアルケア協会

<http://web.mac.com/tanimjp/iWeb/PASCH/Welcome.html>